Tumeurs de l'estomac

Objectifs :

– **Diagnostiquer une tumeur de l'estomac.**

A/ Épidémiologie

- Le cancer de l'estomac représente 5 % de tous les cancers. Il se situe au quatrième rang des cancers.
- L'incidence du cancer gastrique, estimée à 11 000 en France, varie considérablement à travers le monde.
- La fréquence des cancers de l'estomac diminue dans les pays occidentaux.
- Le cancer de l'estomac est rare avant 50 ans ; son incidence est maximale entre 50 et 70 ans.
- Il existe une nette prédominance masculine : le sex-ratio (H/F) est de 2/1.

B/ Facteurs favorisants

- Conditions précancéreuses :
  - ✓ Gastrite chronique atrophique, le plus souvent liée à *Helicobacter pylori*, parfois maladie de Biermer.
  - ✓ Ulcère chronique de l'estomac.
  - ✓ Moignon de gastrectomie.
  - ✓ Maladie de Ménétrier. = gastropathie hypertrophiq (épaississement de l muqueuse)
  - ✓ Polypes adénomateux gastriques.
- Dans toutes ces conditions précancéreuses, une dysplasie sévère précède et accompagne généralement le cancer. Il s'agit alors d'une lésion précancéreuse.
- *Helicobacter pylori (HP)* :
  - ✓ HP favorise le cancer gastrique par la gastrite chronique qu'il induit.
  - ✓ HP est retrouvé dans 84 % des cas de cancer gastrique.
- Alimentation :

- ✓ Une alimentation riche en viandes, poissons, féculents favorise la survenue du cancer gastrique, de même que les aliments grillés ou fumés.
- ✓ Une alimentation riche en fibres, en laitages diminue ce risque.
- ✓ Les nitrites favorisent probablement la survenue du cancer de l'estomac.

C/ Anatomie pathologique

1. Siège du cancer gastrique

- Antre = 50 %.
- Corps = 20 %.
- Cardia = 20 % (la fréquence des formes cardiales semble en augmentation).
- Formes diffuses = 10 %.

2. Macroscopie

- Parmi les cancers invasifs, on distingue :
  - ✓ La forme végétante : masse souvent ulcérée à son sommet.
  - ✓ La forme ulcéro-végétante et infiltrante : vaste ulcération entourée d'un bourrelet dur et irrégulier.
  - ✓ La linite : il s'agit d'une forme particulière d'adénocarcinome avec infiltration massive et circonférentielle de la paroi par une sclérose inflammatoire contenant des cellules en bague à chaton. L'extension lymphatique et métastatique est rapide, le pronostic est mauvais.
- Cancer superficiel : atteinte limitée à la muqueuse et à la sous-muqueuse, d'excellent pronostic (90 % de survie à 5 ans).
- Cancer associé à un ulcère chronique gastrique : l'aspect du cancer peut être celui d'un ulcère chronique bénin (d'où l'intérêt des biopsies et du contrôle de la cicatrisation de tout ulcère gastrique).

3. Histologie

- Le cancer gastrique est un carcinome.
- Il s'agit le plus souvent d'un adénocarcinome (puisqu'il reproduit l'aspect des structures glandulaires de la muqueuse gastrique).
- L'extension ganglionnaire se fait de proche en proche le long des pédicules vasculaires de l'estomac, avec envahissement des ganglions proximaux (juxta-tumoraux), puis des ganglions distaux (situés à l'origine des pédicules).
- Classification histopathologique (TNM) du cancer gastrique :
  - ✓ Elle permet d'établir un pronostic.
  - ✓ Elle peut être fondée sur les examens pré-opératoires.

✓ Lorsqu'elle est fondée sur les données post-opératoires, la lettre p (pathology) est ajoutée :

pT ; profondeur de l'atteinte :

✓ pT1 : muqueuse et sous-muqueuse.
✓ pT2 : musculeuse.
✓ pT3 : séreuse.
✓ pT4 : séreuse dépassée, envahissement des structures adjacentes.

pN ; envahissement ganglionnaire :

✓ pN0 : ganglions indemnes.
✓ pN1 : 1 à 6 ganglions métastatiques.
✓ pN2 : 7 à 15 ganglions métastatiques.
✓ pN3 : > 15 ganglions métastatiques.

M ; métastases :

✓ M0 : pas de métastase à distance.
✓ M1 : métastase à distance.

N.B. : l'examen d'au moins 15 ganglions est nécessaire à l'évaluation correcte du statut ganglionnaire.

4. Les lymphomes gastriques

- Ils représentent 3 % des tumeurs malignes gastriques.
- Ce sont des lymphomes gastriques du MALT *(mucosa associated lymphoid tissue)*, ils peuvent être à petites cellules de bas grade de malignité ou à grandes cellules de haut grade de malignité.
- La séquence de développement est la suivante : colonisation de la muqueuse par HP, réaction inflammatoire, formation de nodules lymphoïdes, développement d'un clone cellulaire.
- Dans les lymphomes de bas grade, l'éradication HP peut faire régresser le processus tumoral.
- Dans les lymphomes de haut grade, l'éradication HP ne suffit pas à le faire régresser, le traitement n'est pas clairement établi : chimiothérapie associée à une chirurgie et/ou une radiothérapie.

D/ DIAGNOSTIC

1. Signes cliniques

a) Signes révélateurs

✓ Anorexie, altération de l'état général (asthénie, amaigrissement).
✓ Douleurs épigastriques : syndrome ulcéreux typique ou non.
✓ Dyspepsie, nausées.
✓ Vomissements (sténose antropylorique).
✓ Dysphagie (cancer du cardia).
✓ Hémorragie digestive, perforation (rare).

rarement inaugurant et surviennent après une évolution — par hypercoagulation

- ✓ Syndrome paranéoplasique : thrombophlébite migratrice, acanthosis nigricans, neuromyopathie, dermatomyosite.

b) Examen physique plaque cutanée hyperpigmentée à type de végétal rugueuse au niveau du creux axillaire

- ✓ Il est le plus souvent normal.
- ✓ Il recherche :
  - Une masse épigastrique.
  - Une ascite. carcinomateuse
  - Une hépatomégalie nodulaire. métastasique
  - Des nodules dans le cul-de-sac de Douglas (TR). → carcinose péritonéale
  - Un ganglion de Troisier.
- ✓ Il apprécie l'état nutritionnel.

2. Diagnostic positif

- Gastroscopie avec biopsies multiples (au moins 10).
- Elle permet :
  - ✓ La localisation de la tumeur, l'évaluation de sa taille (distance par rapport au cardia et au pylore).
  - ✓ La réalisation de nombreuses biopsies (au moins 10) sur les berges de l'ulcération.
- Le diagnostic de certitude est apporté par l'analyse histologique des biopsies.

3. Bilan d'extension

- Outre l'examen clinique, il comporte :
  - ✓ Un bilan hépatique (ALAT, gGT, PAL).
  - ✓ Le dosage de l'ACE, du CA 19-9.
  - ✓ Une échographie hépatique.
  - ✓ Une radio de thorax.
- En l'absence de métastases, le bilan sera complété par un scanner abdominal si la tumeur est volumineuse en endoscopie.
- En cas de linite, le diagnostic peut être difficile, car la muqueuse est fréquemment respectée ; l'échoendoscopie est alors utile, ainsi que le TOGD qui montre un aspect figé et rétréci de l'estomac. → puis pr déterminer l'extension loco-régionale
- Bilan d'opérabilité : état nutritionnel, fonctions respiratoires, état cardiaque.

4. Diagnostic différentiel

- Avec les autres tumeurs gastriques :
  - ✓ Bénignes : léiomyome, adénome, schwannomes.
  - ✓ Malignes : lymphomes, beaucoup plus rarement carcinoïdes, léiomyosarcome.
- Avec la métastase gastrique d'un carcinome de même type histologique ou l'extension d'un carcinome de voisinage (pancréas, côlon).
- Un cancer gastrique peut se présenter comme un ulcère gastrique d'aspect bénin.

جبر أيوب

E/ PRINCIPES DU TRAITEMENT

- Seul le traitement chirurgical offre une chance de guérison dans le cancer de l'estomac. Cependant, les récidives après une exérèse complète sont fréquentes.
- L'importance de l'exérèse est fonction du siège et de l'étendue de la tumeur ainsi que des résultats de l'étude histologique des ganglions (examen extemporané).

1. Interventions à visée curative

- **Gastrectomie des 2/3 (ou 4/5) :**
  - ✓ Exérèse de D1, des 2/3 (ou 4/5) inférieurs de l'estomac, curage ganglionnaire.
  - ✓ La continuité digestive peut être rétablie :
    - Avec le duodénum : **anastomose gastroduodénale** (Billroth I ou Péan).
    - Avec le jéjunum : fermeture du moignon duodénal et anastomose gastro-jéjunale (Billroth II, type Finsterer ou Polya).
  - ✓ Elle est réalisée pour les tumeurs antrales.
- **Gastrectomie totale :**
  - ✓ Exérèse de D1 et de l'ensemble de l'estomac, curage ganglionnaire.
  - ✓ La gastrectomie totale est parfois élargie à la rate et à la queue du pancréas.
  - ✓ Anse en Y avec anastomose oeso-jéjunale (termino-latérale).
  - ✓ Elle est réalisée pour les tumeurs médio-gastriques.
- **Oesogastrectomie totale avec plastie colique de l'œsophage :**
  - ✓ Elle peut être réalisée pour les tumeurs du cardia.
  - ✓ Oesogastrectomie polaire supérieure :
  - ✓ Exérèse de la partie basse de l'œsophage abdominale, de la partie supérieure de l'estomac et curage.

2. Interventions palliatives

- **Exérèses incomplètes** pour éviter les sténoses ou en cas d'hémorragie.
- **Dérivations** pour les tumeurs inextirpables : gastro-jéjunostomies.
- **Jéjunostomie** pour permettre l'alimentation.

3. Indications thérapeutiques

- Elles sont fonction du bilan général (notamment d'opérabilité) et du bilan d'extension pré et peropératoire.
- Une exérèse à visée curative est tentée chaque fois que la tumeur est extirpable et en l'absence de métastase à distance (notamment hépatique).
- Les interventions palliatives ont pour but de soigner une complication et d'améliorer la qualité de vie de patients dont la survie sera courte.
- Des procédés palliatifs non chirurgicaux (laser ou prothèses transtumorales) peuvent être utilisés pour les cancers du cardia.

à la chirurgie

- Une association par chimioradiothérapie est réalisée dans les cancers T3 et/ou N+M0, ou en cas de résection complète R1 ou R2.

4. Complications postopératoires

- La mortalité postopératoire après exérèse à visée curative varie de 5 à 10 %. Le risque est plus élevé pour les gastrectomies totales que pour les gastrectomies partielles.
- Syndromes postprandiaux :
  - ✓ Syndrome du petit estomac :
    - Plénitude gastrique, douleurs épigastriques et ballonnement aussitôt après les repas. Il cède en fractionnant les apports.
    - Dumping syndrome :
    - Se présente par une triade symptomatique :
      - Signes généraux (asthénie majeure, somnolence, angoisse) entraînant un décubitus.
      - Troubles vasomoteurs (sueurs, tachycardie, pâleur, labilité tensionnelle).
      - Troubles digestifs (plénitude gastrique, ballonnement, polyurie et/ou diarrhée en fin de crise).

Ces symptômes surviennent 15 minutes après le repas et durent 20 à 40 minutes. Ils résultent de l'inondation brutale du grêle par les aliments hyperosmolaires.

- Syndrome de stase gastrique :
  - Concerne la vidange gastrique des solides.
- Syndrome de l'anse afférente :
  - S'observe après une intervention de type Billroth II,
  - Lié à une obstruction incomplète de l'anse afférente, avec stase postprandiale des sécrétions bilio-pancréatiques,
  - Responsable de douleurs précoces et de vomissements tardifs.

- Diarrhées hydriques : s'observent dans 5 à 20 % des cas. La cause la plus fréquente est la vagotomie tronculaire ; peuvent également être en cause : la pullulation microbienne, le déficit en lactase.
- Malabsorption :
  - ✓ Surtout après gastrectomie totale.
  - ✓ Intéresse un nombre variable de nutriments (stéatorrhée fréquente).
  - ✓ Carence en vitamine B12 après gastrectomie totale, liée à l'absence de facteur intrinsèque.
- Lésions muqueuses :
  - ✓ Gastrite du moignon,
  - ✓ Oesophagite (par reflux alcalin),
  - ✓ Cancer du moignon gastrique : survient tardivement (> 15 ans).
- Retentissement pondéral lié surtout à la diminution des ingesta.
- Troubles hématologiques :
  - ✓ Anémie ferriprive assez fréquente.

- ✓ Carences en B12, parfois en folates.
- Troubles osseux : ostéomalacie, ostéoporose.
- Hypoglycémie postprandiale tardive due à un excès d'apport en glucides d'absorption rapide.
- Ulcère anastomotique

F/ Évolution postopératoire

- La survie globale à 5 ans, après une résection chirurgicale curative, est de 35 à 40 %.
- Modalités de la surveillance :
  - ✓ Intérêt après exérèse curative,
  - ✓ Surveillance clinique tous les 4 mois pendant 2 ans, puis tous les 6 mois,
  - ✓ Avec NFS, bilan hépatique (ALAT, γGT, PAL).
  - ✓ Échographie hépatique tous les 6 mois pendant 5 ans et radiographie de thorax annuelle pendant 5 ans.
  - ✓ Une fibroscopie haute sera pratiquée une fois par an.
- La survie après exérèse curative dépend du degré d'extension et de la dissémination de la tumeur (TNM) :
  - ✓ T1 : 80 à 90 % à 5 ans,
  - ✓ T2 : 35 % à 5 ans,
  - ✓ T3-T4 : < 10 % à 5 ans.
- L'envahissement ganglionnaire est lié à la profondeur de l'atteinte pariétale. Le pronostic est meilleur pour les stades pN0, mauvais pour les stades pN2.
- Si gastrectomie totale : vitamine B12 1 mg IM tous les 3 mois.

POINTS ESSENTIELS !

- **Le cancer de l'estomac représente 5 % de tous les cancers. Il se situe au quatrième rang des cancers.**
- **Helicobacter pylori (HP) favorise le cancer gastrique par la gastrite chronique qu'il induit. HP est retrouvé dans 84 % des cas de cancer gastrique.**
- **Un cancer gastrique peut se présenter comme un ulcère gastrique d'aspect bénin.**
- **Le cancer gastrique est le plus souvent un adénocarcinome.**
- **Le diagnostic repose sur la gastroscopie avec biopsies. Le diagnostic de certitude est apporté par l'analyse histologique des biopsies.**
- **Seul le traitement chirurgical offre une chance de guérison dans le cancer de l'estomac. Cependant, les récidives après une exérèse complète sont fréquentes.**
- **Une exérèse à visée curative est tentée chaque fois que la tumeur est extirpable et en l'absence de métastase à distance (notamment hépatique).**
- **L'importance de l'exérèse est fonction du siège et de l'étendue de la tumeur. Une gastrectomie des 2/3 (ou 4/5) est réalisée pour les tumeurs antrales ; une gastrectomie totale est réalisée pour les tumeurs médio-gastriques.**
- **Les interventions palliatives ont pour but de soigner une complication et d'améliorer la qualité de vie de patients dont la survie sera courte.**
- **Les lymphomes gastriques du MALT sont liés à l'infection par HP ; en cas de lymphome de bas grade, l'éradication d'HP peut faire régresser le processus tumoral.**